

(卵子凍結をご希望の患者様用)

Shinjuku ART Clinic(女性用)問診票 (初診日 年 月 日)

ふりがな		生年月日	S・H	年	月	日(歳)
お名前		血液型	型			
		RH	RH()・不明			
住所	〒 -					
自宅電話	-	-	身長	cm	ご職業	
携帯電話	-	-	体重	Kg	ご勤務先	
薬品アレルギー	なし・あり()		現在内服中の薬・漢方薬・サプリメント			
食品アレルギー	なし・あり()					
その他アレルギー	なし・あり()					
過去に局所麻酔薬を使用したことがありますか? なし・あり ⇒ 副作用 なし・あり()						

1. 本日ご来院の目的はなんですか?

()

2. 月経・結婚について

①初めての月経は何歳ですか?

歳

⑥ご結婚されていますか?

はい ・ いいえ

②最後の月経はいつから始まりましたか?

年 月 日 本日月経()日目

↓

はい の場合

③月経周期(月経開始から次の月経まで)

日～ 日型・その他()

ご結婚されたのはいつですか?

年 月

④月経量はどれくらいですか?

多い ・ 普通 ・ 少ない

⑤セックスの経験はありますか?

はい ・ いいえ

3. 妊娠・出産について

①妊娠したことはありますか?

ある(回) ない

あるをチェックされた方はご記入ください

	妊娠した年 (西暦)	年齢	不妊治療 有・無	妊娠経過					出生体重 g	性別	健康状態
				分娩	出産状況	早産	流産	中絶			
1	年	歳	有・無	週	経腔・帝王切開	週	週	週	g		
2	年	歳	有・無	週	経腔・帝王切開	週	週	週	g		
3	年	歳	有・無	週	経腔・帝王切開	週	週	週	g		
4	年	歳	有・無	週	経腔・帝王切開	週	週	週	g		
5	年	歳	有・無	週	経腔・帝王切開	週	週	週	g		

4. 今までかかった病気やケガ・手術について

	以下のご病気をされたことがありますか?	どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>	(西暦)年 歳	○をつけて下さい	内服中の薬
1	喘息にかかったことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	年 歳	治療・治療中・未治療	
2	高血圧の診断を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	年 歳	治療・治療中・未治療	
3	糖尿病の診断を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	年 歳	治療・治療中・未治療	

5.* その他のご病気・ケガ・手術や感染症などの既往歴は以下にご記載ください。

(西暦)	歳	病名	現在の状況	治療内容	内服中の薬
年	歳		治療・治療中・未治療		
年	歳		治療・治療中・未治療		
年	歳		治療・治療中・未治療		
年	歳		治療・治療中・未治療		

6. 検査歴の有・無とその結果について教えてください

項目	検査歴 検査結果	検査日	検査後の治療歴
AMH(抗ミュラー管ホルモン)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	
TSH(甲状腺検査)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	なし・治療済・通院中
FT4(甲状腺検査)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	なし・治療済・通院中
クラミア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	なし・治療済・通院中
風疹抗体検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	⇒検査法: HI・IgG・IgM
風疹予防接種	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 接種済(接種日)		
子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	なし・治療済・通院中
たばこは吸いますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(1日 本)		
お酒は飲みますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(1日量)		
プラセンタ注射 使用	<input type="checkbox"/> 使用歴なし <input type="checkbox"/> 使用歴あり 最終使用日()		
プラセンタサプリ 使用	<input type="checkbox"/> 使用歴なし <input type="checkbox"/> 使用歴あり 最終使用日()		

7. 過去にも採卵(卵子の凍結/体外受精)を行ったことがありますか?

いいえ

はい

「はい」の場合のみ以下ご記入ください

実施施設名(病院・クリニック)

8. 緊急連絡先

※緊急時にご連絡を取る必要がある場合にのみ使用します。

ふりがな		続柄
氏名		
電話番号 ご自宅	— —	
電話番号 携帯電話	— —	
お住まいの都道府県はどちらですか?		(都道府県)

緊急連絡先に記載いただいた方は、当院で卵子凍結を行うことはご存じですか?

() 当院に通院し、卵子凍結を知っている。

() 当院に通院することのみ知っている。

() 当院に通院することになったら知らせる。